Lane Medical Library

Beiträge zur Tubenschwangerschaft.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 5. MÄRZ 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

ADOLF MAASS, PRACT. ARZT,

AUS NEUBRANDENBURG.

OPPONENTEN:

Herr Dr. E. Lober, Assistenzarzt am städt. Krankenhause zu Stettin.

Herr Dr. Jacoby, pract. Arzt.

Herr C. Sack, Apotheker.

BERLIN.

DRUCK VON M. DRIESNER, KLOSTERSTR. 50.

SEINEN THEUREN ELTERN

ALS GERINGSTES ZEICHEN

KINDLICHER DANKBARKEIT

DER VERFASSER.

Unter den Ausgängen, welche die graviditas tubaria nehmen kann, steht der Ausgang in Ruptur mit nachfolgender Bildung einer Haematocele retrouterina als der bei Weitem am häufigste obenan. Aus dem reichhaltigen Material, welches die Universitäts-Frauenklinik zu Berlin in dieser Beziehung hin liefert, habe ich vom Jahre 1882 an bis zur Jetztzeit, wo ich diese Arbeit schrieb*), diejenigen Fälle von Haematocele retrouterina zusammengestellt, welche meiner Meinung nach mit voller Bestimmtheit als aus rupturirter Tubengravidität hervorgegangen, anzusehen sind. Ich bin dabei dem Vorgange Veits gefolgt, welcher in seiner Abhandlung: „Die Eileiterschwangerschaft, ein Beitrag zur Pathologie und Therapie derselben" ganz besonders darauf aufmerksam macht, dass einmal die Tubenschwangerschaft ein nicht so seltenes Ereigniss sei, wie man früher allgemein annahm, und dass zum andern manche Fälle von Haematocele retrouterina, die in der Litteratur verzeichnet, deren Entstehungsursache aber dunkel, ihre volle Erklärung in der Annahme einer geplatzten Tubengravidität finden. — Ich habe 15 sichere Fälle zusammengestellt und lasse sie der Reihe nach folgen: ich bin fest davon überzeugt, dass noch mancher Fall in dem reichhaltigen Material sich vorfindet, der wohl nicht mit Unrecht als aus rupturirter Tubenschwangerschaft hervorgegangen, anzusprechen ist, glaube jedoch, dass 15 sichere Fälle genügen werden, um einige Schlüsse ziehen zu können. — Unsicher erschien mir mancher Fall einestheils deshalb, weil es schwieriger ist, sich auf Krankenjournale allein zu verlassen, als selbst die Fälle beobachtet zu haben, anderntheils deshalb, weil manche Fälle zu spät zur klinischen Beobachtung gelangt sind, und Processe inzwischen eingetreten sind, die nicht mehr dem klinischen Bilde einer Haematocele retrouterina das charakteristische Gepräge geben. — Ich will hierbei gleich auf einen Punkt aufmerksam machen, der mir beim Durchsehen der Journale aufgefallen ist. Die Anamnese mancher Fälle muss jeden, welcher unbefangen dieselbe liest, zur Annahme einer Tubengravidität bestimmen: Die Frauen sind zwei oder drei Monate ohne Menstruation gewesen, sie haben sich selbst für schwanger gehalten, haben subjektive Schwangerschaftssymptome gehabt, sind plötzlich, ohne nachweisbare

*) September 1886.

Ursache von heftigen Schmerzen im Unterleib, verbunden mit Ohnmachtsanfällen und Erbrechen, ergriffen worden; — die Frauen sind aber erst nach Wochen in die klinische Behandlung getreten, und der klinische Befund ergiebt ein perimetritisches Exsudat, keineswegs, wie man der Anamnese nach erwartet hätte, eine Haematocele retrouterina. Und doch glaube ich, nicht fehl zu gehen, wenn ich einen gewissen Zusammenhang zwischen der Anamnese dieser Fälle und dem klinischen Befunde derselben annehme. Es ist doch denkbar, dass eine Tubengravidität bestanden, dieselbe rupturirt ist und zur Bildung einer Haematocele beigetragen hat; die Haematocele jedoch ihrerseits als solche, als die Frauen nach Wochen in die klinische Behandlung traten, nicht mehr bestanden habe, die Resorption des Blutergusses schon zu weit vorgeschritten sei und bei der klinischen Untersuchung sich nunmehr ein altes perimetritisches Exsudat gefunden hat; oder aber auch der Fall ist denkbar, dass die Haematocele durch Reizung die Entstehung eines perimetritischen Exsudates befördert hat. Ich will noch hinzufügen, dass in der That in mehreren derartigen Fällen die Diagnose zuerst auf Haematocele retrouterina ex graviditate tubaria rupta gestellt und nachträglich eine Perimetritis exsudativa angenommen ist; ich komme auf diese Fälle weiter unten nochmals zurück: jedenfalls ist es wünschenswerth, bei unserer heutigen Auffassung über die Entstehung der Haematocele retrouterina diesem Punkte eine grössere Beachtung zu schenken.

Es folgen 15 Fälle von Haematocele retrouterina ex graviditate tubaria rupta.

Fall I. Frau B. aus Berlin, 31 Jahre alt, hat 2 Mal geboren; letzte Regel (L. R.) 15. Juni 1883. Die Frau hielt sich für schwanger, als ihre Regel ausblieb. Ende Juli 1883 erkrankte dieselbe ohne nachweisbare Ursache plötzlich unter heftigen, sich allmälig steigernden Schmerzen im Kreuz und Unterleib; dabei hatte Patientin ein Gefühl von Schwere und Vollsein im Unterleib. Stuhlgang war nur durch Clysma zu erzwingen. Bei der Aufnahme in die Klinik ergab sich folgender Befund:

Status praesens 15. August 1883: Portio steht stark nach vorne gedrängt, an dieselbe setzt sich nach rechts als ein mässig weicher Tumor der Uterus an, der drei Finger breit die Symphyse überragt und ziemlich beweglich ist. Die Uterus-Höhle misst 8 cm. Das cavum Douglasii ist durch einen prall elastischen Tumor kugelig vorgewölbt und gegen Druck sehr empfindlich. Ordination: Eisbeutel, Ruhe.

22. August: Patientin blutet sehr stark. Der retrouterine Tumor ist

kleiner geworden, der Uterus weiter in die Mitte des Beckens gerückt Ordination: secale cornutum.

29. August: Blutung stärker und unausgesetzt. Secale nicht vertragen Ergotintablette 0,1; Eisblase.

4. Sept.: Blutung steht.

6. Sept.: Tumor retrouterinus bedeutend kleiner geworden, Uterus liegt fest normal; Sitzbäder von 28°.

8. Sept.: Abends Einlegen eines Jodkaliglycerintampons.

22. Sept.: Tumor noch fühlbar, aber bedeutend kleiner geworden. Entlassung.

Fall II. Frau L. aus Tegel, 32 Jahre alt.
hat 2 Mal geboren, 3 Mal abortirt; L. R. Mitte Octob. 1883. Patientin bekam am 28. Novemb. plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, verbunden mit Ohnmachtsanfällen und Erbrechen. Patientin hielt sich für schwanger und vermuthete einen Abortus.

Status praesens 30. Novemb. 1883: Patientin fortwährend von Ohnmachtsanfällen erfasst, ist kaum im Stande, die anamnestischen Daten anzugeben Uterus mässig vergrössert, leer, misst $8^1/_4$ cm; neben dem Uterus Dämpfung.

1. December: Unterleib äusserst schmerzhaft bei der Berührung, Uterus 7 cm lang, leer, hinteres Scheidengewölbe durch einen prall elastischen Tumor vorgewölbt. Ordination: Opium und Eisblase.

Nach einigen Tagen empfindet Patientin, dass ihre Brüste anschwellen und leicht schmerzen. Patientin hatte mehrere Tage lang geringe Blutungen. Temperatur (T) nur einige Male bis 39,0°.

Fall III. Frau D., Arbeitsfrau aus Charlottenburg, 29 Jahr alt,
hat 2 Mal geboren, 1 Mal abortirt. L. R. Anfang April 1884. Anfang Juni giebt Patientin an, eine sehr profuse Blutung gehabt zu haben, bei welcher „ganze Stücke“ abgegangen seien. Dieselbe hielt 8 Tage lang an. Am 14. Juni wurde Patientin plötzlich von einem ruckartigen, wehenartigen Schmerze erfasst; dabei verlor sie das Bewusstsein. Bis zur Aufnahme in die Klinik am 28. Juni wiederholten sich die Schmerz- und Ohnmachtsanfälle, wozu sich Harndrang, Schmerz beim Uriniren, Obstipation, Appetitlosigkeit gesellten. Patientin gab an, während dieser Zeit gefiebert zu haben. Fluor albus bestand seit vielen Jahren.

Status praesens 28. Juni 1884: Die untersten Parthien des Abdomen geben gedämpften Schall, welcher in der Medianlinie zwei Finger breit über die Symphyse reicht. Portio tiefstehend; Uterus 8 cm lang, nach rechts von der Medianlinie durch einen links neben und hinter ihm gelegenen weichen, äusserst empfindlichen Tumor verschoben, welcher drei Finger breit bis unter den Nabel reicht. Der Tumor setzt sich dicht an die linke Uteruskante an und sitzt anscheinend im ligamentum latum. Es besteht Diarrhoe.

29. Juni: Profuse Durchfälle, Stuhl mit Blut und Schleim vermischt; Allgemeinbefinden gut; keine Schmerzen.

1. Juli: Fortwährend Blut im Stuhl, theils als hellrothe Streifen, theils als alte Coagula, daneben Blutung aus den Genitalien.

3. Juli: Blut im Stuhl.

8. Juli: Tumor retrouterinus kleiner geworden. T. nicht erhöht über die Norm, so lange Patientin sich in der Klinik befand.

Fall IV. Frau K., Buchbindersfrau aus Berlin, 25 Jahre alt,

hat 2 Mal geboren, 1 Mal abortirt. L. R. 28. April 1884. Patientin, welche sich für schwanger hielt, bekam Mitte Juni eine nur einige Stunden währende Blutung aus den Genitalien. Ende desselben Monats wiederholte sich die Blutung und dauerte zwei Tage. Am 2. Juli wurde Patientin plötzlich von einem heftigen, wehenartigen Schmerz im Leib erfasst, wurde schwach, ohnmächtig, schwarz vor den Augen; dazu trat Erbrechen ein. Der Frau wurde durch poliklinisch requirirte Hülfe ein Compressionsverband angelegt und dieselbe alsdann in die Anstalt geschafft. T. 39,8°.

Status praesens 3. Juli 1884: Abdomen mässig gespannt, etwas empfindlich; dicht über der Symphyse eine 3 cm hohe Dämpfung; Perkussion sehr empfindlich. Rechts und links hinter dem Uterus weiche empfindliche Massen. Ordination: Eisblase; 2 stdl. 5 gtt. Tct. op. simpl.

In der Nacht vom 3. auf den 4. Juli hob sich der Puls etwas; Frequenz 108; Sensorium frei; Abdomen noch ziemlich stark aufgetrieben aber weniger empfindlich. Opium kann fortgelassen werden.

9. Juli: Patientin bekommt Jodkali; ein am 8. Juli eingelegter Jodoformglycerintampon muss entfernt werden, weil er der Patientin angeblich starkes Brennen und Uebelkeit verursacht.

14. Juli: Patientin befindet sich gut. Der Leib wenig empfindlich, die Anschwellung kleiner.

18. Juli: Uterus liegt in der Medianlinie, etwas elevirt, anteponirt, $8^1/_2$ cm lang, dicht unter den Bauchdecken fühlbar. Beiderseits sind die Ligamenta rotunda durch die Bauchdecken fühlbar. Hinter dem Uterus fühlt man einen den Douglasschen Raum vorwölbenden, eigenthümlich weichen Tumor, der das ganze kleine und zum Theil das grosse Becken ausfüllt und bis drei Finger breit unter den Nabel reicht. Ordination: Sitzbäder, Umschläge, Jodoformglycerintampon.

20. Juli: Seit der am 18. Juli vorgenommenen Untersuchung klagt Patientin wieder über mehr Schmerzen. Die Anschwellung hat in der linken Hälfte des Abdomen offenbar zugenommen. Abends leichte Fiebererscheinungen.

15. August: Dünnflüssiger Stuhl mit Blutabgang ohne Schmerzen.

18. August: Täglich Blut im Stuhl; per rectum Nichts zu fühlen; keine Haemorrhoiden.

27. August: Tumor noch faustgross, reicht links bis ans Becken, rechts sind die Grenzen nicht bestimmbar. T-Kurve zeigt, von den oben genannten Steigerungen abgesehen, keine nennenswerthen.

Fall V. Frau St., Arbeitersfrau aus Berlin, 38 Jahre alt,

hat 8 Mal geboren, 4 Mal abortirt. L. R. 2. April 1884. Am 6. Mai stellten sich bei der Patientin geringe Blutungen ein, die drei Wochen lang anhielten, daneben öfters Uebelkeit und

Erbrechen. Am 24. Mai erkrankte Patientin plötzlich mit heftigen Leibschmerzen, wurde ohnmächtig und war mehrere Tage bettlägerig. Die Blutungen wurden durch einen Arzt gestillt. Darnach stellten sich wehenartige Schmerzen ein, die bis zur Aufnahme in die Klinik am 14. Juli anhielten. Seit dem 1. Juli hatten sich wieder unregelmässige Blutungen eingestellt. Appetitlosigkeit, Obstipation.

Status praesens 16. Juli 1884: Rechts, etwa zwei Finger breit unter dem Nabel, fühlt man dicht unter den Bauchdecken den Uterus auffallend weich, ganz wie ein gravider Uterus anzufühlen. Hinter dem Uterus ein Tumor, der sich bis fingerbreit unter den Nabel erstrekt. Derselbe zeigt an verschiedenen Stellen verschiedene Consistenz: links unten einige härtere Knuddel, oben mehr prall elastisch, rechts ist die Consistenz mässig weich. Tuben beiderseits fühlbar.

17. Juli: Abgang kleiner Blutcoagula.

21. Juli: Der retrouterine Tumor unverändert, Uterus etwas grösser geworden, auffallend weich.

23. Juli: Abgang einer grossen Decidua, welche der ganzen Innenfläche des Uterus entspricht und auffallend dick ist, ohne erhebliche Schmerzen und Blutung.

5. August: Tumor retrouterinus bedeutend kleiner geworden, cavum Douglasii noch stark vorgewölbt; der Tumor reicht in der Medianlinie drei Finger breit über die Symphyse, rechts etwas höher als links; der Uterus kleiner geworden, von harter Consistenz; $8^1/_2$ cm.

14. August: Die Portio steht dicht hinter der Symphyse; cavum Douglasii noch stark vorgewölbt, Tumor retrouterinus jedoch kleiner geworden. Ordination: Eisblase. T-Kurve zeigt während des 32tägigen Aufenthalts in der Klinik nur eine einmalige Steigerung von 38,8 ohne nachweisbare Ursache.

Fall VI. Frau S., Rossarztsfrau aus Berlin, 33 Jahre alt,
hat 3 Mal geboren. L. R. 17. Mai 1884. Am 24. Juni erkrankte Patientin ganz plötzlich mit einem ungemein heftigen Schmerz im Unterleib, sodass sie ohnmächtig wurde. Am nächsten Tage trat eine mässige Blutung auf, die sich bis zur Aufnahme in die Klinik am 29. Juli unregelmässig wiederholt hatte. Oefteres Erbrechen, Stuhl angehalten, fluor albus.

Status praesens 29. Juli 1884: Uterus umgeben, besonders hinten von harten, empfindlichen, exsudatähnlichen Massen, die beiderseits bis auf die fossa iliaca reichen, rechts etwas höher, als links; der Tumor reicht bis zwei Finger breit unter den Nabel.

15. August: Tumor sehr viel kleiner geworden.

5. September: Tumor fast ganz verschwunden. T. während des 38 tägigen Aufenthalts in der Klinik höchstens 38,1°.

Fall VII. Frau D., Bauunternehmersfrau aus Rixdorf, 33 Jahre alt,
hat 2 Mal geboren; L. R. 20. November 1884. Ende Januar 1885 trat bei der Patientin eine Blutung auf; 8 Tage darauf erkrankte dieselbe ohne nachweisbare Ursache plötzlich mit

sehr heftigen Schmerzen im Kreuz und Unterleib; Patientin lag darnach 14 Tage zu Bette. Wenige Tage darauf kam ein neuer Anfall unter denselben Erscheinungen. Am 19. Februar liess Patientin sich in die Klinik aufnehmen.

Status präsens 19. Febr. 1885: Abdomen etwas aufgetrieben, auf Druck empfindlich, wenn auch nur im geringen Maasse; Portio steht nach vorne gedrängt, Uterus anteponirt, corpus uteri etwas vergrössert; hinteres Scheidegewölbe durch einen prall elastischen, auf Druck empfindlichen Tumor vorgebuchtet. T. normal; Ordination: Priessnitzsche Umschläge.

Fall VIII. Frau U., Destillateursfrau aus Berlin, 25 Jahre alt,
hat nie geboren, nie abortirt. L. R. 8. September 1885. Patientin war 4 Jahre steril verheiratet. Patientin hatte, als die Periode ausgeblieben war, keine subjektiven Schwangerschaftssymptome. In der Nacht vom 23. zum 24. November bekam Patientin heftige Leibschmerzen, Ohnmachtsanfälle, verbunden mit geringem Blutabgang. Die Leibschmerzen bestanden schon seit Anfang November, erreichten aber in besagter Nacht an Intensität ihren Höhepunkt. Am 27. November liess sich Patientin in die Klinik aufnehmen; bis zur Aufnahme wurde sie noch wiederholentlich von starken Schmerzen und Ohnmachtsanfällen erfasst. Obstipation, Harnbeschwerden.

Status präsens 27. November 1885: Das Abdomen ist in der linken regio suprapubica etwas vorgewölbt, man fühlt hier einen Tumor von ziemlich gespannter Härte und der auf Druck sehr empfindlich ist. Die Portio steht dicht hinter der Symphyse. Das cavum Douglasii ist durch einen Tumor in die Scheide vorgewölbt; derselbe hat fast die Grösse eines Kindskopfes, ist gegen Druck äusserst empfindlich. Ordination: Eisblase.

19. Januar 1886: Incision: durch dieselbe wurden ca. 400 gr meist flüssigen, zum Theil geronnenen Blutes entleert. Die Gerinnsel sind zumeist frischen Datums. Drainage durch ein T förmiges Rohr und Ausspülung mit 3% Carbollösung. Nach dieser Manipulation tritt einige Zeit lang übelriechender zersetzter Ausfluss auf, der jedoch durch wiederholte Ausspülungen bald verschwindet. Dabei ist das Allgemeinbefinden der Patientin gut.

Bei der Entlassung der Patientin am 2. März ist die Incisionsöffnung bis auf eine kleine, für den Sondenknopf noch gerade passirbare, etwas secernirende Stelle verheilt. Die T. hatte während der ganzen Zeit 39,0° nur einige Male erreicht, hatte sich sonst nur wenig über die Norm erhoben.

Fall IX. Frau Z., Schneidersfrau aus Berlin, 35 Jahre alt,
hat einmal geboren. L. R. Anfang November 1885. Am 18. December bekam Patientin plötzlich heftige Leibschmerzen verbunden mit mehreren Ohnmachtsanfällen. Von diesem Tage

an bis zur Aufnahme am 13. Januar 1886 traten schwache Blutungen auf. Harnbeschwerden.

Status praesens 18. Januar 1886: Portio steht sehr hoch, hinter dem obern Rand der Symphyse. Der Douglassche Raum ist durch einen Tumor ausgefüllt, von 1½ Kindskopfgrösse, geht rechts und links bis an die Beckenwand, füllt den obern Theil des kleinen Beckens ganz aus, ist auf Druck sehr empfindlich, hat cystische Consistenz; Uterus nicht vergrössert, Uterushöhle 7 cm. Ordination: Eisblase.

20. Januar: Nachlassen der Schmerzen, Appetitlosigkeit.

1. Februar: Derselbe Befund; geringe Blutung noch vorhanden.

3. Februar: Patientin wird auf ihren Wunsch hin entlassen. T. hat 38,0° nicht überschritten.

Fall X. Frau U., Handelsmannsfrau aus Berlin, 28 Jahre alt, hat nie geboren, nie abortirt. L. R. Ende September 1885. Patientin war 5 Jahre steril verheirathet. Als ihr Ende Oktober die Periode ausblieb, glaubte sie, concipirt zu haben. Ende November bekam sie plötzlich eines Morgens heftige Leibschmerzen und Erbrechen, am Abend stellten sich Blutungen ein. Der Leib schwoll ihr an; Urin konnte sie nur unter Beschwerden lassen. Die Blutungen hielten unregelmässig bis zur Aufnahme in die Klinik am 18. Januar 1886 an.

Status praesens 18. Januar 1886: Portio dicht an die Symphyse gedrängt; cavum Douglasii durch einen rundlichen, das ganze kleine Becken ausfüllenden und sich noch ins grosse Becken fortsetzenden Tumor von prall cystischer Consistenz stark ins hintere Scheidengewölbe vorgebuchtet. Ordination: Ruhe, Eisblase. T-Kurve zeigt keine Elevationen; einige Male war wegen starker Obstipation eine Temperatur von 39,0°—39,3° erreicht. Nach Entleerung des Darmes fiel die Fiebertemperatur sofort zur Norm herab.

Fall XI. L., Dienstmädchen aus Berlin, 19 Jahre alt, hat nie geboren, nie abortirt. L. R. Ende October 1885. Anfang Januar 1886 bekam Patientin nach schwerer körperlicher Anstrengung heftige Schmerzen im Unterleib. Dieselben hielten nicht lange an, und Patientin konnte deshalb ihrer Beschäftigung weiter nachgehen. Am 25. Januar erneuerten sich plötzlich diese Schmerzanfälle, verbunden mit Erbrechen und geringer Blutung aus den Genitalien.

Status praesens 27. Januar 1886: Der untere Theil des Abdomen ist mässig aufgetrieben, etwas empfindlich, Portio dicht hinter der Symphyse stehend; cavum Douglasii durch einen Tumor von weicher Consistenz vorgewölbt. Ordination: Eisblase.

29. und 30. Januar: T. 39,5°—40,0°; anhaltende kolikartige Schmerzen; Ausstossen eines dicken Stückes Decidua; darnach Abnahme der Erscheinungen.

15. Februar: Fieberkurve zeigt wieder Elevationen; cavum Douglasii ist stark vorgewölbt, Uterus stark nach vorne gedrängt. Ordination: Incision ins hintere Scheidengewölbe: Entleerung stark übelriechenden

theils flüssigen, theils geronnenen Blutes. Ausspülung mit desinficirender Lösung; Einlegen eines Drainrohres. Verlegung auf die septische Station.

Entlassungsbefund: Allgemeinbefinden gut, keine subjektiven Klagen; Patientin ist noch anämisch und sieht heruntergekommen aus. Im hintern Scheidengewölbe ist noch ein kleines, für die Fingerspitze nicht mehr durchgängiges Loch; mässiger indifferenter Ausfluss.

T. während des 45tägigen Aufenthalts in der Klinik nur einmal bis 40,0°; 4 Mal etwas über 39,0° sonst nur höchstens einige Zehntel über 38,0°.

Fall XII. Frau B., Buchhaltersfrau aus Berlin, 26 Jahre alt,
hat 3 Mal geboren, 2 Mal abortirt. L. R. 24. November 1885. Am 6. Januar 1886 stellten sich Blutungen bei der Patientin ein, zugleich ging eine Membran ab; am 14. Januar bekam Patientin beim Arbeiten an einer Nähmaschine heftige Leibschmerzen, denen sich Ohnmachten zugesellten. Patientin hielt 4 Tage lang Bettruhe inne. Als sie darnach aufstand, erneuerten sich die Erscheinungen: Schmerz, Ohnmacht, Erbrechen. Am 23. Januar liess Patientin sich in die Klinik aufnehmen.

Status praesens 23. Januar 1886: Abdomen äusserst empfindlich gegen Berührung, Uterus etwas retroponirt und retrovertirt, im Douglasschen Raume diffuse weiche Massen; Sonde dringt 5 cm tief in die Uterushöhle ein; geringe Blutung aus den Genitalien. Ordination: Eisblase, Morfium.

Patientin konnte am 2. März entlassen werden. Der klinische Befund war fast der normale. T. zeigte keine nennenswerthen Erhöhungen.

Fall XIII. Frau K., Schutzmannsfrau aus Berlin, 28 Jahre alt,
hat einmal geboren, 2 Mal abortirt. L. R. Ende Januar 1886. Patientin, welche sich für gravide hielt, fühlte sich bis zum 6. April ganz wohl. Am 6. April traten plötzlich ohne nachweisbare Ursache Leibschmerzen und Erbrechen auf. Patientin hatte seit Februar 2 bis 3 Mal wöchentlich geringe Blutverluste bemerkt. Am 19. April liess sie sich in die Klinik aufnehmen.

Status praesens 19. April 1886: Leib etwas aufgetrieben, Druck empfindlich, portio dicht hinter der Symphyse stehend; Uterus nicht deutlich fühlbar; das cavum Douglasii durch einen Tumor vorgewölbt, der auf Druck schmerzhaft ist und sich beiderseits bis an die Beckenwand erstreckt, von glatter Oberfläche, teigiger Consistenz. Nach oben lässt sich der Tumor wegen der grossen Empfindlichkeit des Abdomen nicht deutlich verfolgen; Urin eiweisshaltig. — In der Nacht vom 19. auf den 20. April wurde unter wehenartigen Schmerzen ein grosses Stück Decidua ausgestossen. T. leicht erhöht.

24. April: Blutung ist stärker geworden, der Tumor, der bis dahin 2 Finger breit unterhalb des Nabels stand, reicht jetzt bis zum Nabel; schmerzhaft; derb; Patientin sehr anämisch.

2. Mai: Blutung sistirt, keine Schmerzen.

13. Mai: Tumor retrouterinus kleiner geworden, reicht links vier Finger breit, rechts handbreit über die Symphyse, wölbt das hintere Scheidengewölbe nicht mehr so sehr hervor. T. nicht erhöht. Ordination: permanente Eisblase.

Fall XIV. Frau B., Hausdienersfrau aus Berlin, 30 Jahre alt,
hat einmal geboren. L. R. 20. Januar 1886. Mitte Februar und Mitte März hatte Patientin je eine Stunde lang Blutabgang; am 1. April stellte sich eine starke Blutung ein, die 3 Tage anhielt und dann schwächer wurde. Bis zur Aufnahme in die Klinik am 13. April hielt die Blutung an. Seit Mitte Februar klagt Patientin über krampfartige Leibschmerzen und Brechanfälle, die in grösseren Zwischenräumen sich einstellten; daneben bestand Obstipation. Am 12. und 13. April ging ein Stück Decidua ab.

Status praesens 13. April 1886: Uterus stark an die Symphyse gedrängt; an ihn schliesst sich hinten ein Tumor an von teigiger Consistenz, der das cavum Douglasii vorwölbt, auf Druck empfindlich ist; seitlich reicht er beiderseits fast bis an die Beckenwand heran; die vordere Rektalwand ist stark nach hinten vorgewölbt. Die obere Grenze des Tumor lässt sich der grossen Schmerzhaftigkeit halber nicht bestimmen. Ordination: Eisblase.
24. April. Bisweilen wird Opium der grossen Schmerzhaftigkeit des Abdomens halber gereicht. Tumor steht in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. T. nicht erhöht.
8. Mai: Tumor kleiner geworden, von derber Consistenz.
16. Mai: Die Resorption schreitet langsam fort. T-Kurve zeigt keine Erhöhungen.

Fall XV. Frau L., Lackirersfrau aus Berlin, 36 J. alt, hat 5 Mal geboren, 1 Mal abortirt. L. R. Anfang März 1886. Am 9. und 16. April hatte Patientin eine geringe Blutung unter geringen Schmerzen. Am 18. April wiederholte sich die Blutung, zugleich gingen „Stückchen“ ab. Seit jenem Tage blutet Patientin bis zur Aufnahme in die Klinik: am 21. April. An selbigem Tage hatte Patientin etwas zum Abführen eingenommen, worauf sie die heftigsten, wehenartigen Sehmerzen bekam, verbunden mit einem Frostgefühl. Häufiger Harndrang, Stuhl normal.

Status praesens 21. April 1886: Portio dicht hinter die Symphyse gedrängt, ziemlich hoch stehend; hinter dem Uterus ein Tumor, der sich, wie in der Narcose sich nachweisen lässt, aus zwei in einander übergehenden Hälften zusammensetzt; rechts ragt er bis handbreit über die Symphyse, links drei Finger breit. Die Consistenz des Tumor ist sehr weich, der Douglassche Raum stark vorgewölbt. Urin eiweisshaltig, muss mit dem Katheter entleert werden.
24. April: Tumor hat sich vergrössert, reicht bis zwei Finger breit unter den Nabel.

2. Mai: Allgemeinbefinden gut. Blutung ist noch nicht völlig geschwunden. Oedem des rechten Beines.
4. Mai: Oedem geschwunden.
10. Mai: Blutung steht.
16. Mai: Im cavum Douglasii ist noch ein Tumor von ziemlicher Grösse fühlbar. Patientin wird auf ihren eigenen Wunsch hin entlassen. Die T-Kurve zeigt während des klinischen Aufenthalts keine nennenswerthen Steigerungen.

Diesem Ausgang in Ruptur mit nachfolgender Bildung einer Haematocele retrouterina, d. h. einer Bildung in einen präformirten Raum, kommt an Häufigkeit die Ruptur mit Blutung in die freie Bauchhöhle am nächsten. (Näheres darüber findet sich im Capitel über Anatomie angegeben). In dem Material der 5 Jahre habe ich einen derartigen Fall gefunden und lasse ihn folgen:

Fall: XVI. Frau Sch. aus Berlin, 23 Jahre alt, hat einmal geboren. L. R. 5. Februar 1885. Patientin bekam Anfang April nach schwerer Arbeit starke Leibschmerzen, Ohnmachtsanfalle, Stuhldrang; Ende April traten Blutungen während einiger Tage auf; wenige Tage vor der Aufnahme in die Klinik, am 6. Mai, wiederholten sich die Blutungen.

Status praesens 6. Mai 1885: Uterus normal anteflektirt, wenig vergrössert; hinter demselben ein weicher, gleichmässig rundlicher Tumor, der mit dem Uterus in Zusammenhang steht. Kurze Zeit nach dieser Untersuchung traten Symptome einer inneren Blutung zu Tage: Patientin bekommt heftige Leibschmerzen, wird ohnmächtig und erbricht, der Puls wird sehr frequent und klein. Herr Geheim-Rath Schröder entschliesst sich daher zur Laparotomie, welche am selbigen Tage noch ausgeführt wird.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle tritt Blut aus derselben heraus; rechts neben dem Uterus wird manuell die Placenta und die dem 3. Monate der Schwangerschaft entsprechende Frucht entfernt. Der Eisack wird gebildet von oben vom Dickdarm, vom Mesenterium des Dünndarms, vom Netz, an das sich unten der Uterus anschliesst. Nach hinten ist die Abgrenzung zum Theil durch die Tube und Ovarium mit lig. latum gebildet. Eine genauere Beschreibung des Eisackes lässt sich nicht geben. Die rechten Anhänge werden entfernt. Die Adhäsionen bluten wenig, die Blutung steht fast vollständig. Nach Entfernung der alten Blutcoagula wird die Bauchhöhle geschlossen und ein Compressivverband angelegt. Nach der Operation heftige Leibschmerzen, kleiner, kaum fühlbarer Puls. Ordination: Tct. Moschi, Aether, Opium Clysma.
8. Mai: Patientin erbricht alles Genossene; stündlich wird deshalb ein Clysma mit Wein und Leubescher Solution gegeben.
9. Mai: Patientin fühlt sich wohler; keine Leibschmerzen.
10. Mai: Patientin behält kleine Quantitäten Wein und Milch bei sich; Puls kräftig.
12. Mai: Patientin klagt wieder über Leibschmerzen.
13. Mai: Parotitis: Ordination: Ol. Hyoscyami.
14. Mai: Patientin behält nichts mehr bei sich, selbst kein Clysma mehr.
18. Mai: Exitus lethalis.

Sektionsprotokoll.

Magere Leiche, Hautdecken gelblich verfärbt; am rechten Mundwinkel ein ziemlich ausgedehnter Schorf. Unter einem Verbande eine Wunde im Bauch, vom Nabel bis zur Symphyse reichend; Stichkanäle auseinandergegangen. Wunde in der Tiefe mit eitrigen Massen belegt. Das Netz ist im Bereich des Wundwinkels total adhärent. Das Peritoneum ist von der Muskulatur an einzelnen Stellen im Bereich der Wunde durch Eiterabsonderungen abgelöst.

Bei Eröffnung der Brusthöhle collabiren die Lungen gut. Linke Lunge: Oberer Lappen lufthaltig, Gewebe ohne Abnormitäten; Unterer Lappen an seinen hinteren Parthien etwas rosenroth gefärbt, ist viel blutreicher, ödematöser. Rechte Lunge: zeigt einige alte Adhäsionen. Oberlappen lufthaltig, von normaler Consistenz; ebenso der Mittellappen. Der Unterlappen dunkelroth, auf der Oberfläche sehr blutreich, etwas ödematös; an einzelnen Stellen Infiltrationen. Herz sehr klein, Muskulatur blass, Klappen frei.

Bauchhöhle: Leber blass, nicht gross. Die Darmschlingen und das Netz dunkelgrau verfärbt. Ueberall zwischen den Darmschlingen, den Bauchdecken und dem Netz Adhäsionen, die sich aber noch lösen lassen. Die Darmwand ist so brüchig, dass beim Lösen der Adhäsionen grossse Substanzverluste entstehen. Zwischen den Adhäsionen und den Darmwandungen Eiterheerde von verschiedener Grösse, von rahmartiger Beschaffenheit. In der Gegend der rechten Darmbeinschaufel ist das Coecum fest mit dem Peritoneum verbunden. Innerhalb des kleinen Beckens, rechts vom Uterus eine hühnereigrosse, vollständig abgekapselte Höhle. Die Wandungen dieser Höhle werden gebildet von der Seitenfläche des Uterus, einer hineingezogenen Darmschlinge, dem coecum und der Seitenwand des Beckens. Die Rektalschleimhaut stark blutig verfärbt und geschwellt. Milz nicht vergrössert, normal; Nieren anämisch. Diagnose: Abgekapselte Peritonitis; multiple Abscesse zwischen den Darmschlingen. Abscesshöhle an Stelle der rechten Anhänge. Hypostase an beiden unteren Lappen der Lungen. Periproctitis.

Ich schliesse die Sammlung des klinischen Materials mit folgendem Fall, bei dem die Ruptur nicht erfolgt ist, bei dem vielmehr die Schwangerschaft in der Tube durch die Laparotomie beendet resp. unterbrochen ist, und übergehe die übrigen Ausgänge der Tubenschwangerschaft, deren Vorkommen ein

Seltneres ist und für die ich auch keine Beispiele habe finden können:

Fall XII. Frau L. aus Charlottenburg, 26 Jahre alt, hat 2 Mal geboren. L. R. 6. Februar 1886. Patientin hielt sich, als die Periode ausblieb, für gravide und hatte auch subjektive Schwangerschafts-Symptome, insbesondere des Morgens Erbrechen. In den letzten Tagen des März erkrankte Patientin mit krampfartigen Schmerzen im Unterleib, die eine Stunde lang anhielten. Dieselben wiederholten sich nach einigen Tagen; zugleich erbrach Patientin. 4 solcher Anfälle traten auf. Am 5. April stellte sich eine geringe Blutung ein, die bis zur Aufnahme am 10. April anhielt; häufiger Harndrang.

Status praesens 10. April 1886: Leib etwas aufgetrieben, auf leichten Druck nirgends, auf starken Druck im rechten Hypogastrium etwas schmerzhaft. Aus der Scheide geringer blutiger Ausfluss; Portio steht weit nach hinten, ist kurz, ziemlich derb; Uterus mässig vergrössert, aufgerichtet. Rechts vom Uterus schliesst sich an denselben ein etwa hühnereigrosser, beweglicher, auf Druck schmerzhafter, länglicher Tumor an, dessen Längsachse in querer Richtung verläuft. Druck auf das Cavum Douglasii ist sehr schmerzhaft, desgleichen Versuche, den Uterus nach vorne zu bringen. Die linken Anhänge scheinen normal.

11. April: Der rechts vom Uterus gelegene Tumor geht mit einem breiten Stiel an die rechte Uteruskante heran, inserirt am Tubenwinkel; hinter ihm fühlt man, mit ihm zusammenhängend, einen derben kleinen Tumor, der dem rechten Ovarium zu entsprechen scheint.

12. April: nahm Herr Dr. Hofmeier die Laparatomie vor. Der Bauchschnitt von der Symphyse bis zum Nabel. Neben und hinter dem Uterus, theilweise das kleine Becken ausfüllend, finden sich derbe Blutcoagula, anscheinend wenige Tage alt. Der rechts vom Uterus sitzende Tumor gehört der rechten Tube an, ist die gravide Tube selbst, ist durch leicht trennbare, doch ziemlich ausgedehnte Adhäsionen, mit dem ihm hinten ansitzenden rechten Ovarium und der Nachbarschaft etwas verwachsen. Aus seiner Wand findet, anscheinend an einer kleinen Rissstelle, eine arterielle Blutung statt. Zuerst werden die vasa spermatica gefasst, dann der an den Uterus herangehende Stiel mit der Tube unterbunden und diese exstirpirt; an dem ovariellen Pol ist sie geborsten. Behufs späterer genauerer Untersuchung wird sie vorläufig nicht aufgeschnitten. Die aus den durchtrennten Adhäsionen stattfindende Blutung wird durch einige Ligaturen gestillt. Toilette der Beckenhöhle und Bauchwand. Jodol. Jodoformgaze.

16. April: Nach bisher fieberfreiem Verlauf ging die Temperatur nach vorausgegangenem leichten Frösteln an diesem Tage des Abends auf 40,0° in die Höhe. Dabei fühlte die Patientin sich ganz wohl, klagte nur über grosse Müdigkeit; keine Leibschmerzen, kein Erbrechen; Puls beschleunigt, doch kräftig.

20. April: Das Fieber ging allmälig spontan zurück, ist an diesem Tage ganz geschwunden. Patientin hatte am 18. April sehr starken Hustenreiz, der durch Morfium bekämpft wurde und expektorirte sehr reichlich schleimig eitrige Sputa. Eine physikalische Untersu-

chung der Lunge wurde absichtlich unterlassen, um der Patientin Ruhe zu gewähren.

22. April: Verbendwechsel: fast sämmtliche Stichkanäle eitern, ihre Umgebung ist geröthet und etwas infiltrirt. Entfernung der Nähte. Jodoformverband.

1. Mai: Der Verband wurde noch 2 Mal gewechselt. Die Eiterung hat aufgehört. An mehreren Stichkanälen bestehen noch granulirende Stellen. Sonst völliges Wohlbefinden.

5. Mai: Bis auf 2 kleine granulirende Stellen ist die Wunde vernarbt; Uterus liegt normal; zu beiden Seiten von ihm dringt die Hand frei und tief ein; kein Exsudat. Auch subjektiv fühlt sich Patientin ganz wohl und kräftig.

Beschreibung des Präparates.

Das exstirpirte Präparat, welches in Spiritus gehärtet ist, und das, wie aus dem Operationsprotokoll hervorgeht, die rechten Anhänge darstellt, setzt sich zusammen aus 2 Tumoren, einem grösseren: der Tube, und einem kleineren: dem Ovarium.

Die Tube stellt einen von oben nach unten etwas zusammengedrückten, ovalen Tumor, von Hühnereigrösse und glatter, leicht höckeriger Oberfläche, dar. Der Längsdurchmesser misst 6,2 cm, der Querdurchmesser 4 cm und der Höhendurchmesser 3,2 cm. Der uterine Pol ist in einer Ausdehnung von einem Quadratcentimeter wie zernagt (Exstirpationsstelle); an der unteren Fläche, mehr dem ovariellen Pol sich nähernd, erscheint ein federkieldicker Wulst, welcher in der Richtung von hinten und median nach vorne und lateral verläuft, und, je mehr er dem vorderen Rande sich nähert, in der Tube sich verliert, während er an seinem feinen Ende gefranst erscheint. Am ovariellen Pol ist die Tube in geringer Ausdehnung geborsten und zerfetzt.

Das hinter der Tube gelegene Ovarium (cf. Operationsprotokoll) stellt einen taubeneigrossen Tumor von glatter Oberfläche dar, misst im Längsdurchmesser 3,5 cm, im Querdurchmesser 1,6 cm, im Höhendurchmesser 1,4 cm. Dasselbe ist mit der Tube durch einen kleinfingerdicken kurzen Stiel verbunden und zwar so, dass oben nur eine geringe Furche die Abgrenzung markirt, während unten ein tiefer Einschnitt beide Tumoren von einander trennt. Vom Ovarium zum freien Ende des federkieldicken Wulstes zieht ein dünnes, etwa 1,5 cm langes Band: die fimbria ovarica.

Das Ovarium ist nicht aufgeschnitten, die Tube hingegen im medianen Theil in horizontaler, im lateralen mehr in senkrechter Richtung.

Auf dem Durchschnitt erscheint der oben erwähnte klein-

fingerdicke Strang, welcher das Ovarium mit der Tube verbindet, als ein Convolut von Bindegewebe und Gefässen. Die Tubenwandung ist stellenweise durch die gewucherte Decidua zur Papierdünne ausgedehnt; die Decidua ist im lateralen Theil der Tube mit der Tubenwendung fest verwachsen, während im medianen Theil nur einzelne lockere Verbindungen vorhanden sind. In der Mitte der Decidua befindet sich die Eihöhle, 2,5 cm lang und 1,5 cm breit, in der Längsachse der Tube verlaufend; dieselbe ist ausgekleidet durch eine dünne Membran. In der Höhle liegt ein Embryo, 1,5 cm lang, mit dem Kopfe dem Uterus zugewandt. Die Extremitäten erscheinen als 0,1 cm lange Stümpfe; der Embryo ist mit der Auskleidungsmembran der Höhle durch einen etwa 0,3 cm langen Nabelstrang verbunden. — Der erwähnte federkieldicke Wulst zeigt aufgeschnitten derbe Bindegewebsstränge, in welchen der Tubenkanal verläuft.

Eine mikroskopische Untersuchung des Präparats ist einer späteren Zeit vorbehalten.

Aetiologie.

Was das Zustandekommen der Tubenschwangerschaften anlangt, so wird bei ihnen das Ei in der gewöhnlichen Weise von der Tube aufgenommen, setzt seinen Weg aber nicht bis zum Uterus fort, sondern bleibt stecken und entwickelt sich in der Tube selbst weiter (Schröder). Was aber die Causalmomente anlangt, welche das Ei in der Tube zurückhalten und am Austritt verhindern, so herrscht hierüber noch ein gewisses Dunkel, und die Untersuchungen der Neuzeit haben dieses Räthsel noch nicht in gewünschter Weise gelöst. Es bleibt eben bei dem Ausspruch Veits: „Wir kennen über den normalen Mechanismus der Fortbewegung des Eies in der Tube noch nichts Sicheres und wollen schon die Abweichungen erklären.“ Während wir auf der einen Seite die Annahme finden, das Catarrh der Tuben mit Verlust der Cilien (fortgeleitet durch uterine Schleimhauterkrankungen) die Weiterbeförderung des Eies aufheben oder wenigstens so verlangsamen kann, dass es zu einer Zeit, in der es sich festsetzen will, sich noch in der Tube befindet, finden wir auf der anderen Seite die Pelveoperitonitis als ein das Zustandekommen der Tubengravidität ganz besonders begünstigendes Causalmoment angesprochen, durch welche Dislocationen einzelner Theile des Genitalapparats, Abknickung und Stenosirung der Tube bewerkstelligt werden; insbesondere redet ihr Wyder in seiner vor Kurzem erschienenen Schrift: „Beiträge zur Lehre von der Extrauterinschwanger-